

VOLLMACHTSERTEILUNG ODER ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG UND ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS	Application Number	10/559,842
	Filing Date	December 7, 2005
	First Named Inventor	Udo SIMON et al.
	Attorney Docket Number	P70949US0
	Art Unit	3651
	Examiner Name	R. Kumar
	Title	BLISTER PACK SYSTEM WHICH ASSURES A RELIABLE CONTACT MAKING WHEN AN ITEM IS REMOVED

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

- ☐ Hiermit wird eine Vollmachtserklärung eingereicht.
A Power of Attorney is submitted herewith.

ODER OR

- ☒ Ich benenne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

70351

ODER OR

- ☐ Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

Bitte nehmen Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung zur Kenntnis oder ändern Sie sie in:
Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:

- ☒ Die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:
The address associated with the above-mentioned Customer Number.

ODER OR

- ☐ die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:
The address associated with Customer Number:

ODER OR

☐ Kanzlei oder
Personenname
Firm or
Individual Name

Adresse
Address

Ort
City

Bundesland
State

PLZ
Zip

Land
Country

Telefon
Telephone

E-Mail
Email

Ich bin der:
I am the:

- ☒ Anmelder/Erfinder.
Applicant/Inventor.

ODER OR

- ☐ Im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71.
Angabe gemäß 37 CFR 3.73(b) (Formular PTO SB 96) wird hiermit vorgelegt oder eingereicht am
Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71.
Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO SB 96) submitted herewith or filed on

UNTERSCHRIFT des Anmelders oder des im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolgers
SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record

Unterschrift
Signature

Datum
Date

3 Dec. 2010

Name
Name

Udo Simon

Telefon
Telephone

+49 911 951 36 60

Titel/Position und
Unternehmen
Title and Company

HINWEIS: Es sind die Unterschriften aller Erfinder oder im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein; siehe unten*.
NOTE: Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below*.

- ☒ *Insgesamt eingereichte Formulare 2
*Total of 2 forms are submitted.